Lane Medical Library

Aus der Heidelberger Universitäts-Frauenklinik.

Zur Casuistik von Fremdkörpern in der Blase

nach kriminellen Eingriffen.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde
einer Hohen Medizinischen Fakultät
der Ruprecht-Karls-Universität zu Heidelberg.

Vorgelegt von

L. Schirmer

prakt. Artzt in Leimen

1935

J. Kruse & Söhne, Buchdruckerei und Verlag, Bruchsal in Baden

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität Heidelberg.

Der Referent: Prof. Dr. Schultze-Rhonhof
Der Dekan: Prof. Dr. C. Schneider

1935

Zur Cassuistik von Fremdkörpern in der Blase nach kriminellen Eingriffen.

Fälle, in denen Fremdkörper in die Blase gelangten und entfernt werden mußten, sind schon vielfach beschrieben. Wenn ich in folgendem über einen weiteren Fall berichte, so geschieht dies wegen der besonderen Eigenart des Falles.

Am 11. August 1932 wurde in die Universitätsfrauenklinik Heidelberg eine Frau eingeliefert, die über Schmerzen in der rechten Leibesseite klagte.

Die Vorgeschichte ist ohne Besonderheiten. Die Patientin hatte im Jahre 1930 eine Spontangeburt mit leicht fieberhaftem Wochenbett. Die Monatsblutungen traten erstmalig mit 15½ Jahren, dann vierwöchentlich auf und dauerten 4—5 Tage. Die letzten Menses waren Ende Mai.

Sie wurde am 11. August 1932 eingeliefert. In den letzten Tagen vor der Einlieferung bestand ein starker, etwas blutiger Ausfluß, jedoch keine Blutung. Sie hat eine lauwarme Spülung mit einem Irrigator vorgenommen, streitet aber die Absicht zum kriminellen Abortus ab. Seit gestern bestehen Schmerzen, die rechts beginnen und nach links hinüberziehen. Die Schmerzen seien nicht wehenartig. Die letzte Darmentleerung erfolgte am Morgen des Einlieferungstages. Seit Mittag gehen keine Blähungen mehr ab, es bestehen Uebelkeit und Aufstoßen, sowie Kreuzschmerzen; keine Schulterschmerzen und kein Erbrechen.

Bei der Aufnahme besteht eine Temperatur von 39 °. Der Puls ist frequent (120) sonst von etwa normalen Qualitäten. Weiterhin bietet der Allgemeinbefund nicht besonders Erwähnenswertes. Der Oberbauch ist weich, eindrückbar und nicht druckempfindlich, die Unterbauchregion aufgetrieben, starke Abwehrspannung, Druckempfindlich vor allem links.

Der Uterus ist vergrößert, kugelig, weich und entspricht in seiner Größe einer Gravidität im 4. Monat. In der Scheide findet sich gelbliches, schleimiges Sekret, kein Blut. Die Portio ist ohne Besonderheiten, der Muttermund geschlossen. Douglas und Parametrium sind tastbar und frei. Besonders starke Abwehrspannung besteht bei der Austastung rechts und links vom Uterusfundus.

Es handelt sich um eine lokalisierte Peritonitis im Anschluß an einen Abtreibungsversuch.

Man verhält sich zunächst abwartend und beschränkt sich auf die Gaben von Strepto — und Staphylo yatren.

Am Folgetag ist der Allgemeinzustand im wesentlichen unverändert. Es bestehen aber eine ausgesprochene starke Spannung und Meteorismus des Unterbauches.

Der Katheterurin ist leicht trüb, enthält Spuren von Eiweiß, wenig Leukozyten, Stäbchenbakterien und Ephithelien. Kein Abgang von Blut oder Eiter; Stuhl oder Wind gehen nicht.

Eine erneute Untersuchung bestätigt im wesentlichen den alten Befund, doch glaubt man jetzt im rechten Parametrium eine beginnende Exudatbildung tasten zu können. Es besteht eine Hyperleukozytose (7 500).

Auf nochmaliges genaues Befragen gibt Patientin jetzt endlich den Versuch der Abtreibung zu. Sie habe versucht, mit einer Gebärmutterspritze in den Muttermund einzugehen, habe diesen aber nicht finden können. Beim Herausziehen habe der Spritzenansatz gefehlt und sie konnte ihn nicht wiederfinden.

Auf Grund dieser Angaben wurde nochmals vaginal untersucht.

Im hinteren Scheidengewölbe rechts neben der Portio findet sich eine kleinbohnengroße, an den Bändern mißfarbene Perforationsstelle, die bei Berührung etwas blutet. Ein metallener Gegenstand ist nicht zu fühlen. Zur Auffindung des Fremdkörpers Röntgenaufnahme. Auf dem Bild findet sich ein 8 cm langer und etwa 1 cm breiter, scheinbar querliegender Gegenstand oberhalb der Schoßfuge in der Mitte des Beckens. Das Gebilde erscheint glattwandig und an den Enden nicht zugespitzt. Eine genaue Lokalisation des Fremdkörpers nach der Aufnahme allein ist nicht möglich. Nach der Lage der Perforationsöffnung ist aber eine intraperitonale, kaum eine parametrane Lage zu erwarten.

Es wird operiert.

Längsschnitt zwischen Nabel und Symphyse. Nach der Trennung der M.recti erweist sich das praeperitoneale Gewebe ganz auffallend ödematös. Nach der Eröffnung der Peritoneums werden zwei an der vorderen Bauchwand adhaerenta Appendices epiploicae durchtrennt und unterbunden. Die Darmschlingen sind stark gebläht, der Uterus von weicher Consistenz und entspricht in seiner Größe dem 3.—4. Schwangerschaftsmonat. Das parietale Peritoneum zeigt rechts im Unterbauchgebiet in der Gegend des Operationsschnittes Trübung und leichte gelbe Auflagerung. Digitale Austastung des Douglas und des Peritoneums lassen keinen Fremdkörper fühlen. Auch findet sich keine Läsion. Schließlich fühlt man unter der Schoßfuge den Fremdkörper, ohne daß es möglich wäre, ihn genau zu lokalisieren. (Blase? Septum vesico —uterinum?) Schnitterweiterung nach der Schoßfuge zu. Ein Versuch, den Fremdkörper zu erreichen nach der Durchtrennung der Blasenumschlagsfalte mißlingt. Verschluß der 1 cm langen Wunde. Mit einem Metallkatheter wird die Blase ausgetastet. Dabei gewinnt man den Eindruck, daß das Corpus alicenum in der Blase liegt. Bei der Berührung des Fremdkörpers entsteht ein metal-

lisches Geräusch. Es wird noch kurz cystoskopiert. Der Urin wird aber nicht klar, es bleibt eine Trübung des Blasenbildes und der Fremdkörper wird nicht gesichtet. Von einer Sectio alta wird abgesehen. Der Fremdkörper wird von der Vagina aus fixiert, nach rechts gedrängt und nun mit den Scalpell rechts vom Ligamentum rotundum auf den Fremdkörper zu eingeschnitten. Man hat den Eindruck, daß er direkt unter dem Peritoneum liegt. Aus einer so hergestellten, gut stecknadelkopfgroßen Oeffnung kommt plötzlich ein Urinstrahl und dann läßt sich aus dieser Oeffnung ein 8½ cm langer, ½ cm breiter Spritzenansatz aus Aluminium herausziehen.

Die Wunde wird dann in drei Schichten genäht und peritoneal gedeckt. Eine Probefüllung der Blase ergibt die Suffizienz der Naht.

Der hintere Douglas wird mit Xeroformstreifen nach oben drainiert. Das Peritoneum und die Bauchdecken werden geschlossen. Ein Dauerkatheter wird eingelegt.

Nach der Operation fällt die Temperatur ab, am 27. August kann der Drainagestreifen entfernt werden. Der Urin ist klar und entleert sich nach Entfernung des Katheders spontan.

Am 1. September 1932 Blutung und nach drei Stunden später erfolgt nach kleinen Cardiazol-Chiningaben der Spontanabort. Die Frucht ist 13 cm lang, im unverletzten Eihautsack. Temperatur und Puls sind gut. Nach weiterem normalem Wund- und Wochenbettverlauf kann die Patientin am 20. September 1932 geheilt entlassen werden.

Eine Schwierigkeit lag darin, daß es bis zum Beginn der Laparotomie auch röntgenologisch nicht möglich war, die Lage des Fremdkörpers zu bestimmen. Die Wunde im hinteren Scheidengewölbe seitlich der Portio im Verein mit den peritonealen Erscheinungen legten die Vermutungen nahe, daß der Fremdkörper in die Bauchhöhle gelangt sei. Die Cystoskopie, während der Operation durchgeführt, versagte. Erst die zufällige Berührung des Katheters mit dem Fremdkörper schaffte Aufklärung. Die Entfernung selbst war dann leicht.

In allen in der Literatur beschriebenen Fällen war entweder durch die Anamnese oder durch die Untersuchung die Lage des Fremdkörpers in der Blase gegeben. Nur ein Fall ist bekannt, wo wegen Fremdkörperverdachts laparotomiert wurde und mangels Befund eine Appendektomie angeschlossen wurde. Erst das Weiterbestehen einer fieberhaften Cystitis führte in diesem Falle zur Auffindung des Fremdkörpers eines Rindenstückes in der Blase.

An sich sind zahlreiche Fälle von Fremdkörpern in der Blase beschrieben worden. Zumeist handelt es sich dabei um Haarnadeln, Bleistifte, Thermometer und ähnlich gestaltete Dinge, die beim Masteroleieren durch die Urthra in die Blase gelangten, seltener um Katheter bezw. um beim Katheterisieren abgebrochene Glaskatheter. Gelegentlich sind es auch Instrumente, die beim Selbstkatheterisieren

oder Einsetzen von nicht mehr intakten Pessaren durch die Harnröhre in die Blase gelangten.

Sehr selten sind Fälle, bei denen Fremdkörper auf ihrer Wanderung durch den Körper in die Blase gelangen, wie ein im Douglas zurückgebliebenes Drainrohr, das nach 10 Jahren in der Blase gefunden wurde

Auch bei tuberkulösen Knochenprozessen können durch Trauma oder Einschmelzung der benachbarten Blasenwand Knochenstücke in die Blase gelangen.

Seltener, aber doch häufiger als meistens zugegeben, sind die Fälle, in denen Fremdkörper, zumeist Spritzenansätze oder Katheter zu Fruchtabtreibung eingeführt wurden und dann in die Blase gelangen. In einem dem unseren ähnlichen Falle gelangte ein Spritzenansatz durch die Scheide in die Blase, war aber einfacher zu finden, da das dicke Ende des Ansatzes noch im Gewebe zwischen Scheide und Blase steckte und erhebliche örtliche Beschwerden machte.

Zumeist sind auch hier die Fremdkörper auf dem Wege durch die Urethra in die Blase gelangt, wo sie sehr häufig lange Zeit liegen blieben, ohne irgendwelche Beschwerden zu verursachen und zum Abort zu führen. Die Entfernung mußte meist infolge zunehmender Inkonstierung oft erst nach langer Zeit vorgenommen werden.

Die Entfernung der Fremdkörper gelingt heute durch die Urethra. In anderen Fällen ist eine Kolpocystostomie oder Sectio alta nötig. Dann handelt es sich zumeist um große oder zu stark inkrustierte Fremdkörper.

In unserem Falle führte der Befund im hinteren Scheidengewölbe ins Irre. Nachdem einmal lokalisiert werden konnte, war die Entfernung leicht möglich. Aus der Verletzungsstelle im hinteren Scheidengewölbe schlossen wir zunächst auf ein Eindringen des Spritzenansatzes ins Parametrium oder in den Bauraum. Retrograd muß man natürlich annehmen, daß die Patientin bei ihrem Abtreibungsversuch das Instrument mehrfach eingeführt hat und daß der Befund im hinteren Scheidengewölbe von einem Einführungsmanöver herrührt, bei dem es nur zu dieser Verletzung des Scheidengewölbes gekommen ist. Von dort ausgehend ist dann wahrscheinlich die Keimeinwanderung erfolgt, die zu den peritonealen Erscheinungen geführt hat. Erst bei den weiteren Manipulationen muß die Patientin mit dem Spritzenansatz in die Harnröhre hineingeglitten sein und beim Zurückziehen der Spritze ist das metallene Ansatzstück in der Blase zurückgeblieben. Eine andere Erklärung ist bei dem gegebenen Befund zum mindesten unwahrscheinlich.

Unser Fall zeigt, daß man bei zurückgebliebenen Fremdkörpern durch Abtreibungsversuch unter allen Umständen nicht nur eine Röntgenaufnahme machen, sondern auch Cystoskopieren soll, auch wenn Laesionen an anderer Stelle ein Eindringen des Fremdkörpers in die Blase unwahrscheinlich machen.

Literaturverzeichnis.

Zentralblatt für Gynaekologie:

Libotsky 1890 S. 446.
Stempf 1891 S. 137.
Karlin 1892 S. 308.
Peltzer 1896 S. 876.
Arndt 1908 Nr. 21.
Stöcker & König 1922 S. 149.
Kolomann 1924 Nr. 13.
Johannsen 1927 Nr. 46.
Horneffer 1928 Nr. 8.
Rosenstein 1933 S. 1715.

Zeitschrift für urologische Chirurgie:

Band 32 S. 86.
Band 19 S. 87.

Zeitschrift für Urologie: 23 S. 723.

Americ. J. Surg: 22 S. 199.

Studi. assar II: 10 S. 533 (Jefferson).

Gynéc et Ostét: 19 S. 465 (Tscherlock).

Gyndecol i. akus.: B. 5 Nr. 6 (Feldmann).

Archiv Ital. di Urol.: I. Hp. 4.

Biol. u. Pathol. d. Weibes: Bd. 4 (Satzko & Schiffmann).

Lebenslauf

Ich bin geboren als Sohn des Architekten Hermann Schirmer und seiner Ehefrau Sophie geb. Herbinger in Mannheim am 20. März 1893.

Ich besuchte in Mannheim die Volksschule und das Realgymnasium. Nach bestandenem Abitur bezog ich im Winter-Semester 1912/13 die Universität Heidelberg, wo ich mein ganzes Studium zubrachte. 1917/18 war ich als einzige Unterbrechung desselben im Felde. 1919 bestand ich das Staatsexamen und war dann bis November 1920 in der Medizinischen Klinik tätig.

Im November 1920 begann ich meine Praxis in Leimen, wo ich bis heute tätig war.

Ludwig Schirmer.